

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N°

236

pour le

Doctorat de l'Université de Paris

(Mention Médecine)

par

Sara GOLDRING

née le 8 Juin 1913, à Ivesti (Roumanie)

Contribution

à l'étude de la glossitte losangique
de Brocq et Pautrier

Président : Monsieur GOUGEROT, Professeur.

Librairie L. RODSTEIN

17, Rue Cujas, Paris (V*)

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

pour le

Doctorat de l'Université de Paris

(Mention Médecine)

par

Sara GOLDRING

née le 8 Juin 1913, à Ivesti (Roumanie)

Contribution

à l'étude de la glossitte losangique
de Brocq et Pautrier

Président : Monsieur GOUGEROT, Professeur.

Librairie L. RODSTEIN

17, Rue Cujas, Paris (V*)

1939



Le Doyen . . . TIFFENEAU.

I. Professeurs

	MM.
Anatomie	VERNE
Physiologie	MOCQUOT
Physique médicale	ROUVIERE
Chimie médicale	Léon BINET
Bactériologie	STROHL
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	POLONOVSKI
Pathologie et thérapeutique générales	Robert DEBRE
Pathologie médicale	BRUMPT
Pathologie chirurgicale	BAUDOUIN
Anatomie pathologique	ABRAMI
Histologie	MONDOR.
Pharmacologie et matière médicale.....	LEROUX
Thérapeutique	CHAMPY
Hygiène et médecine préventive	TIFFENEAU
Médecine légale	HARVIER
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	TANON
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BALTHAZARD
Clinique médicale	FIESSINGER
	CHIRAY
	LOEPER
	CARNOT
Hygiène et clinique de la première enfance.....	CLERC
Clinique des maladies des enfants.....	Marcel LABBE
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	LEREBOULLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	NOBECOURT
Clinique des maladies du système nerveux.....	H. CLAUDE
Clinique des maladies infectieuses.....	GOUGEROT
	GUILLAIN
Clinique chirurgicale	CUNEO
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	GREGOIRE
Clinique urologique	LENORMANT
	TERRIEN
Clinique d'accouchements	CHEVASSU
	COUVELAIRE
Clinique gynécologique	JEANNIN
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	M. VILLARET
Clinique de la Tuberculose	TROISIER
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU
Clinique de cardiologie	LAUBRY
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT
Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MULON
	OLIVIER
	SANNIE
	LEVY-SOLAL

II. Agrégés en exercice

MM.		
AMELINE	Pathologie	chirurgi-cale.
BARIETY	Pathologie	médicale.
BERNARD Etienne ..	Pathologie	médicale.
BENARD Henri	Pathologie	médicale.
BESANÇON Justin ..	Hydrologie	
BOULIN	Pathologie	médicale.
BULLIARD	Histologie.	
CATHALA	Pathologie	médicale.
CHEVALLIER	Pathologie	médicale.
COSTE	Pathologie	médicale.
DOGNON	Physique	
FEY	Urologie	
FUNCK	Pathologie	chirurgi-cale.
GALLIARD	Parasitologie.	
GASTINEL	Bactériologie.	
DE GAUDART	Pathologie	chirurgi-cale.
D'ALLAINES	Physiologie.	
GAYET	Pathologie	médicale.
DE GENNES	Histologie	
HIROUD	Pathologie	médicale.
HAGNENAU	Oto-rhino-laryngo-	
HALPHEN	logie.	
TUGUENIN	Anatomie	pathologi-gique.
JOANNON	Hygiène.	
LACOMME	Obstétrique.	

MM.		
*ANTUEJOUL	Obstétrique.	
LAROCHE Guy	Pathologie	médicale.
LAVIER	Parasitologie.	
LELONG	Pathologie	médicale.
LEMAIRE	Pathologie	expérimentale.
LEVEUF	Pathologie	chirurgi-cale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.	
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psy-	
	chiâtrie.	
MENEGAUX	Pathologie	chirurgi-cale.
MOLLARET	Pathologie	médicale.
MOREAU	Pathologie	médicale.
MOULONGUET	Pathologie	chirurgi-cale.
MOUQUIN	Pathologie	médicale.
PETIT-DUTAILLIS ..	Pathologie	chirurgi-cale.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.	
PORTES	Obstétrique.	
RENARD	Ophthalmologie.	
RICHEL	Physiologie.	
SENEQUE	Pathologie	chirurgi-cale.
TURPIN	Pathologie	médicale.
VIGNES	Obstétrique.	
WILMOTH	Pathologie	chirurgi-cale.

III. Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.		
ALGRAVE	Pathologie	chirurgi-cale.
BUSQUET	Pharmacologie.	
CHAILLEY-BERT ...	Physiologie.	
GUENIOT	Obstétrique.	
HEITZ-BOYER	Pathologie	chirurgi-cale.

MM.		
LARDENNOIS	Pathologie	chirurgi-cale.
LE LORIER	Obstétrique.	
NEVEU-LEMAIRE ..	Parasitologie.	
SCHWARTZ	Pathologie	chirurgi-cale.
VAUDESCAL	Obstétrique.	

IV. Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE		BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE	} Clinique médicale.	CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR- VALLERY- RADOT			
SEZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
METZGER			

V. Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA CHERE MERE.

A MON CHER PERE.

A MES SŒURS ET FRERE.

A MES AMIS.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT,
*Professeur de Clinique de maladies cutanées
et syphilitiques,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis,
Président de la Société Française de prophylaxie
sanitaire et morale.*

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Témoignage de respectueuse reconnais-
sance et de profonde gratitude pour son
enseignement éclairé, qu'il nous a tou-
jours prodigué.*

A NOTRE MAITRE,

MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL CHEVALIER,
*Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Officier de la Légion d'Honneur.*

*Très haut exemple de probité et de sa-
gesse, qui nous a fait le très grand
honneur de nous guider dans notre
travail.*

*Hommage de gratitude profonde pour
l'accueil qu'il nous a réservé dans son
service et pour ses conseils précieux qui
resteront gravés à tout jamais dans notre
mémoire.*

I

HISTORIQUE

La glossite losangique médiane de la face dorsale de la langue a été décrite par Brocq et Pautrier, dans le n° 1 du tome V des *Annales de Dermatologie et Syphilis* (Janvier 1914, de la page 1 à 19).

Elle n'a depuis suscité qu'un très petit nombre de travaux. Brocq, lui-même, n'en parle qu'à peine dans les livres qu'il publia ultérieurement. Dubreuilh, Pautrier, Milian et Paul Chevallier en ont parlé à divers points de vue, à la Société de Dermatologie ou d'autres Sociétés. Elle fait l'objet de quelques travaux étrangers : Cannon, Lotte Zimmermann, Fordyce, etc.

II

SYMPTOMES

L'affection est caractéristique par son siège, sa forme, son aspect, sa consistance. La description de Brocq et Pautrier est si parfaite qu'il n'est pas exagéré de la dire définitive.

Le siège « est remarquablement constant et toujours si exactement le même qu'il doit entrer dans la définition de la lésion que nous étudions. Il accuse la face dorsale et sur cette face dorsale, la partie médiane du tiers moyen de l'organe. Très exactement, il est situé en avant de la zone où les papilles caliciformes décrivent le V lingual. Suivant les dimensions, la lésion peut s'étendre plus ou moins vers la partie antérieure de la langue, sans dépasser le tiers moyen ; par contre, en arrière, elle s'arrête régulièrement au niveau des papilles caliciformes ».

Dans la plupart de nos observations, la plaque n'atteint pas tout à fait ces papilles ; parfois même, elle reste à une distance de presque un demi-centimètre. Brocq et Pautrier, figurant d'ailleurs cet arrêt, près du V lingual, mais non exactement au V lingual.

« Elle est toujours distribuée à *peu près* symétriquement de chaque côté de l'axe antéro-postérieure de la

langue ; elle n'est jamais latérale, elle est toujours médiane. »

« *Sa forme* est, d'une façon générale, assez régulièrement losangique avec un grand axe antéro-postérieur et un axe transversal plus réduit. Certes, il ne s'agit jamais d'un losange dessiné par des angles aigus ; ceux-ci sont mousses, ils ont souvent tendance à s'arrondir et le losange se transforme alors en un ovale plus ou moins régulier, mais toujours à grande axe allongée suivant le grand diamètre de la langue. »

« Quelquefois, ce diamètre antérieur se rétrécissant, il devient presque égal au diamètre transversal et la lésion affecte alors une forme irrégulièrement arrondie. »

« Cette disposition est à la vérité assez exceptionnelle, la règle étant le losange ou l'ovale antéro-postérieur. Parfois même la plaque prend l'aspect d'une sorte de bande longitudinale. »

« Les dimensions moyennes sont environ 15 m/m de long, sur 8 à 10 m/m de large, dans une de nos observations, elle atteignait 2 cm. de longueur sur 1 cm. 5 de largeur ; exceptionnellement, et dans un seul cas, où la forme habituelle n'était pas respectée, elle atteignait 3 cm. de longueur sur 1 seul en largeur ; il ne s'agissait plus alors d'un losange ni d'un ovale, mais d'une lésion en bande étroite allongée d'avant en arrière. »

« Dans un autre cas, où elle affectait une forme irrégulièrement arrondie, elle atteignait les dimensions d'une pièce d'un franc. Mais, dans la plupart des cas, elle dépasse légèrement le centimètre d'avant en arrière et lui reste un peu inférieure transversalement. »

« *Son aspect* est particulier et tranche dès l'abord

sur le reste de la muqueuse linguale : alors que celle-ci est recouverte par son fin chevelu des papilles filiformes qui lui donnent une coloration plus ou moins blanchâtre, et qui forme comme un gazon épais, la muqueuse de la zone qui est le siège de la lésion apparaît déglabrée, fauchée, comme desquamée. »

« Plus de chevelu papillaire, plus de coloration blanchâtre, mais une muqueuse lisse, de couleur rosée ou légèrement rouge, plus rarement d'un rouge franc ; quelquefois, sur ce fond rosé, tranchent quelques points légèrement opalins ; ou même non plus des points, mais une véritable petite nappe opaline traduisant comme un début de sclérose très superficielle en surface. »

« *Les bords* de la lésion sont quelquefois assez nets, sur quelques points ils peuvent même être rectilignes, comme dessinés à l'emporte-pièce. Souvent la ligne de démarcation est loin d'être aussi bien tranchée et en bordure du losange déglabré, on trouve quelques papilles filiformes clairsemées, dessinant des bords légèrement irréguliers. »

« On voit encore souvent le chevelu papillaire voisin se dégrader progressivement, s'affaïsser et venir mourir peu à peu sur les bords de la lésion. »

« *Au toucher*, celle-ci donne souvent une légère sensation d'induration ; la muqueuse est moins souple et moins fine, elle donne l'impression d'un début de sclérose. L'infiltration paraît plus prononcée au niveau des petites saillies mamelonnées, lorsqu'elles existent

« La lésion est la plupart du temps *indolore*. Sa découverte est souvent e'ffet du hasard : le malade vient consulter pour toute autre chose et l'examen accidentel

de la bouche révèle l'existence de cette affection restée inconnue du patient. Dans d'autres cas, il s'en est aperçu lui-même plusieurs années auparavant, mais n'ayant jamais souffert, il ne s'en est pas préoccupé et n'a pas jugé utile de se soigner.

« Beaucoup plus rarement, exceptionnellement même, le patient vient consulter directement pour sa langue : parfois on a affaire à un nerveux ou à un émotif qui bien que n'éprouvant aucune sensation pénible s'inquiète de cet aspect anormal qu'il vient de constater accidentellement.

« Un seul de nos malades accusait quelques picotements, un autre quelques sensations de cuissons et de brûlures. On peut donc dire que la règle est l'indolence absolue. Indolence spontanée et indolence à la pression, car le toucher ne révèle aucune sensation pénible. »

III

FORME CLINIQUES

SUIVANT LA FORME, on peut distinguer la glossite médiane : *losangique, ovulaire ou arrondie, en bande longitudinale.*

SUIVANT LA SURFACE, deux types s'opposent.

1. Assez souvent « *la muqueuse est parfaitement plane dans toute l'étendue de la lésion* ».

2. Rarement, elle est *très mamelonnée*. On voit des saillies globulaires juxtaposées, séparées par des sillons assez profonds ; elles saillent de plusieurs millimètres ; elles sont assez larges, terminées en dômes surbaissés. Elles sont en nombre de quatre à dix, les unes relativement petites, les autres grandes.

Il est bien entendu que ces mamelons sont localisés sur la plaque de glossite et que nous éliminons les cas où la glossite losangique médiane coïncide avec une langue congénitalement fendillée, c'est-à-dire une langue scrotale.

Cependant, nous ne savons pas si, à l'établissement de ce mamelonnage grossier, il n'y avait pas, comme cause prédisposante, des sillons nets ou ébauchés de la partie médiane du dos de la langue.

3. Entre ces deux types fondamentaux, dont, répétons-le, le premier est assez fréquent, et le second très

rare (cinq cas nets dans les observations de M. Paul Chevallier) existent des intermédiaires.

Types rares. — Glossite à mamelons peu nombreux, en mosaïque, à surface presque plane.

Glossite à mamelons peu nombreux groupés au centre, alors que la zone périphérique est lisse.

Type fréquent. — Glossite à ébauche de mamelons, « d'autres fois on distingue à son niveau des sortes de petits mamelonnements, de petites saillies, mousses, globuleuses, très peu marqués, au niveau desquels la muqueuse présente d'ordinaire le même aspect rosé et lisse que sur le reste de la lésion. Ces sortes de petites papules peuvent être au nombre de deux ou trois, cinq, sept ou huit... Parfois, cependant, ces petites saillies ont une teinte jaunâtre, surtout en leur centre ; elles peuvent être irrégulièrement disséminées sur toute l'étendue du losange ou de l'ovale, ou être rassemblées et réunies à la partie centrale ». (Brocq et Patrier).

IV

EVOLUTION

LE DÉBUT est difficile à préciser puisque l'affection est découverte par hasard. Cependant, deux fois, des prostituées sont venues consulter puisqu'elles avaient remarqué depuis peu de temps cette lésion insolite alors qu'elles regardaient souvent leur langue, par peur de la syphilis. Dans le dernier cas de Pautrier, « la lésion est de date toute récente puisque le malade est suivi depuis plusieurs mois pour angine et pharyngite. Elle n'aurait pas échappé aux examens antérieurs. On peut donc admettre qu'elle ne remonte pas à plus de deux mois ». Le malade avait trente-cinq ans. Il est donc certain que l'affection peut apparaître à l'âge adulte.

Brocq et Pautrier ont écrit : « Dans les nombreux cas où elle est découverte par hasard, le malade ne peut dire à quand elle remonte. Dans d'autres observations, les patients connaissent cet aspect de leur langue depuis cinq mois, huit mois, un an, deux, trois ans, même jusqu'à vingt ans. »

« Nous n'avons jamais assisté à son début. »

La marche est lente.

En règle générale, la glossite apparaît d'emblée lors de la première fois qu'on la voit avec les caractères et la taille qu'on lui retrouvera par la suite.

Au cours de son évolution, elle ne varie pas. Dans les observations de M. Paul Chevallier où il est noté

une « glossite losangique étroite », elle est encore notée étroite plusieurs années plus tard. Même remarque s'il est noté qu'elle était large. Si les dimensions changent, ces changements sont des plus minimes ; il n'est qu'une seule particularité qu'on ait vu se modifier nettement, et encore d'une façon très légère, c'est la saillie des monts dans la forme papuleuse, mieux dite vallonnée.

Cette saillie peut, à un examen ultérieur, se montrer plus ou moins forte ; mais une glossite médiane vallonnée reste toujours vallonnée. Brocq et Pautrier n'ont décrit qu'un cas où « la lésion avait manifestement tendance à s'étendre, les mamelons, eux aussi, avaient augmenté de volume ».

Nous avons mesuré les dimensions sur chacun des deux schémas reproduits par les auteurs.

1^{er} SCHÉMA 2^e SCHÉMA
MAI 1914 NOV. 1914

Largeur maxima de la plaque..	14 m/m	16 m/m
Longueur de la plaque.....	17 m/m 1/2	21 m/m

LA DURÉE est longue. La glossite médiane persiste des années, de très longues années ; et même, à vrai dire, M. Paul Chevallier ne connaît nul cas où elle ait disparu.

Quelques auteurs, comme M. Milian, laissent soupçonner qu'ils l'ont guérie. Mais il n'existe pas, à notre connaissance, des publications rapportant des guérisons.

COMPLICATIONS. — Exceptionnellement une tuberculose ultérieure se greffe, chez des tuberculeux pulmonaires, sur une glossible losangique médiane (cas de Milian).

V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique a été très étudiée par Brocq et Pautrier. Nous ne saurions mieux faire que d'en reproduire la description :

« Nous avons pu, à trois reprises, pratiquer des biopsies au niveau de la lésion que nous étudions. La structure était assez sensiblement la même dans les trois cas et peut se résumer dans le tableau d'ensemble suivant : Les lésions sont à la fois épidermiques et dermiques sans que l'on puisse préjuger quelles sont celles qui ont débuté et qui commandent le processus histologique.

« A la surface de la muqueuse, toute trace de papilles a disparu ; plus de soulèvement, plus de saillie, mais une ligne horizontale très faiblement ondulée représentée par une couche parakératosique d'une épaisseur très appréciable formée par cinq ou six assises de noyaux étirés en bâtonnets. On ne peut dire qu'il y ait à proprement parler de processus de kératinisation : nulle trace de granulation d'éléidine en aucun point ; cette couche est nettement en parakératose.

« Au-dessous, le corps muqueux est en état d'hypercanthose évidente, mais végété d'une façon irrégulière : sur certains points, il envoie des prolongements interpapillaires manifestement allongés, mais étroits et

minces ; par places, au contraire, il dessine de gros bourgeons trapus, épais, quelquefois anastomosés les uns avec les autres par leur partie profonde.

« Les cellules malpighiennes qui les composent ne présentent rien d'anormal ; la basale qui les limite est bien dessinée. A noter seulement un assez grand nombre de leucocytes migrants traversant cet épiderme et quelques karyokinèses au niveau de la basale ; ces dernières en rapport avec l'état d'acanthose.

« Dans le derme, on note un infiltrat assez marqué au niveau des papilles, beaucoup plus prononcé dans le derme moyen, surtout en regard des points où le corps muqueux est le plus en acanthose et envoie de grands bourgeons épais. A ce niveau, on trouve un infiltrat très dense, très tassé, mais limité à la périphérie, se confondant peu à peu avec l'infiltrat beaucoup plus clairsemé qui descend des papilles voisines et forme une zone d'infiltration moyenne qui s'étend en une ligne d'épaisseur irrégulière à l'union du corps papillaire et du derme moyen. Il est composé à peu près uniquement des cellules conjonctives fixes et lymphocytes.

« On ne trouve nulle part rien qui rappelle ni cellule géante, ni cellule épithéloïde. Absence à peu près totale de plasmazellen. Ces nodules d'infiltrat n'affectent pas non plus de dispositions particulières, caractéristiques ; ils ne sont pas entourés par une gangue conjonctive périphérique ; ils ne détruisent pas la substance collagène des territoires qu'ils envahissent.

« Il existe des dilatations des vaisseaux sanguins et lymphatiques assez importants, qui peuvent siéger quelquefois au voisinage d'un de ces foyers d'infiltration,

mais qui peuvent en être complètement indépendants.

Enfin, vers la partie profonde du derme moyen, l'infiltrat disparaît et permet de mieux juger l'état du tissu conjonctif. Or, celui-ci présente des lésions de sclérose manifeste ; les cellules conjonctives sont beaucoup plus nombreuses que normalement, elles sont petites, étoilées, étirées et aplaties entre des fibres de collagène disposées par places en petits tourbillons, rappelant l'aspect d'un fibrome jeune.

« En résumé, absence de papilles, couche parakératosique de surface, hypercanthose irrégulière du corps muqueux, infiltration du derme superficiel et moyen, tantôt diffus et clairsemé, tantôt groupée en nodules volumineux très denses et mal délimités, dilation légère des vaisseaux sanguins et lymphatiques, sclérose assez marquée du derme moyen, tels sont les éléments qui composent la structure histologique de la lésion.

« On conviendra que, si cette structure confirme la description clinique et concorde avec elle, elle ne permet en rien d'inférer de la nature du mal.

« Il n'y a là aucun type histologique défini, aucune signature de syphilis, de tuberculose, ou de mycose, aucun aspect se rapprochant de celui d'une dermatose ayant une structure propre, mais simplement des lésions d'inflammation chronique avec infiltration et sclérose. »

VI

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

I. — CONDITIONS GÉNÉRALES

AGE. — La glossite médiane losangique existe-t-elle chez les enfants ? Il le semble bien, puisque Cannon a publié un cas typique qui, il est vrai, était accompagné d'une adenopathie sous mentale, chez une fillette de quatre ans. Le cas le plus jeune que nous connaissons est un malade de Brocq et Pautrier, qui était de l'âge de 15 ans.

Chez l'adulte, on la voit à tous les âges. Elle semble plus fréquente chez la femme que chez l'homme. D'après les observations du service du Docteur Chevalier, la glossite losangique médiane est notée 15 fois chez l'homme, alors qu'elle est notée 223 fois chez la femme. Mais il est probable que cette proportion est due à ce fait que pour favoriser l'étude de cette dermatose, il a été pendant plusieurs années dirigé sur la consultation de Cochin toutes les malades qui la présentaient dans un dispensaire réservé aux femmes. Brocq et Pautrier ont trouvé à peu près autant d'hommes que de femmes et le dernier malade de Pautrier était un homme.

FRÉQUENCE. — La statistique du service de M. Paul Chevallier semble indiquer une grande fréquence. Mais

les glossites médianes ont été pendant plusieurs années recherchées et la statistique porte sur cinq ans, ce qui fait trente cas par an en moyenne.

A la clinique dermatologique de Berlin, Lotte Zimmermann donne 40 cas par 18 mois, soit 27 cas par an, ce qui revient à la même proportion et sans que les malades aient jamais été recherchés.

Beaucoup d'auteurs semblent considérer la maladie comme assez rare.

II. — RENSEIGNEMENTS TIRÉS DE LA CLINIQUE ET DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La clinique ne donne que des renseignements négatifs. C'est-à-dire que la lésion ne ressemble ni à une lésion syphilitique ni à une lésion tuberculeuse, ni à une lésion mycosique... On pourrait continuer cette énumération. « L'histologie n'est en espèce d'aucun secours. Elle s'éloigne totalement de celle de la tuberculose franche ou des mycoses ; elle offre des différences très grandes avec celle de la syphilis. Elle serait moins éloignée de celle du lupus erythémateux ; mais si elle s'en rapproche par certains points (infiltrats) ce n'est que par ceux qui donnent précisément à l'anatomie de cette dermatose une physionomie banale et sans signature précise. Elle en diffère d'ailleurs par la sclérose du derme. Elle ne permet nulle confusion avec le lichen plan des muqueuses. Mais si elle nous montre ce que notre lésion n'est pas, elle est par contre incapable de nous dire ce qu'elle est » (Brocq et Pautrier).

MALADIES INFECTIEUSES. — Aucune maladie infectieuse ne paraît en cause.

La SYPHILIS coïncide dans un très grand nombre de cas, mais il est évident que ce fait n'a aucune importance puisque les observations ont été recueillies dans des services où sont particulièrement soignés les syphilitiques. Ce qui est capital, c'est que chez 65 malades parfaitement étudiés, il n'a pas pu être trouvé aucune tare de syphilis acquise, ni aucun stigmate, si minime soit-il, de syphilis héréditaire.

Dès leur mémoire princeps, Brocq et Pautrier avaient exclu l'origine syphilitique. « Si l'on étudie nos observations, écrivent-ils, on note, en effet, tantôt l'existence d'une syphilis récente ou des signes permettant de penser à une syphilis héréditaire... Mais dans d'autres cas, on ne peut trouver aucun signe de syphilis héréditaire, la syphilis acquise est niée et le Wassermann est négatif. »

Dans la plupart des observations du service du docteur Paul Chevallier, le Wassermann et les autres réactions sont négatives. Brocq et Pautrier ont aussi montré que le traitement mercuriel est « totalement inefficace ». Ajoutons qu'il en est de même du traitement arsénobenzolique et du traitement bismuthique. Les syphilitiques bien soignés, porteurs d'une glossite losangique, ne voient à aucun moment celle-ci se modifier au cours des cures mêmes prolongées.

En 1929, Pautrier présente à Strasbourg un cas de glossite médiane losangique. Il précise qu'avec Brocq, il avait autrefois « vainement songé à une origine syphilitique ou para-syphilitique ». M. Hufschmidt rapporte alors un cas où « le traitement anti-syphilitique

fait disparaître une tumeur du testicule, mais ne modifie pas la glossite losangique médiane ». Pautrier résumait la discussion en disant que tout ce que nous savons « permet d'écarter la syphilis comme facteur étiologique ».

Cette conclusion nous paraît définitivement acquise.

LA TUBERCULOSE aussi a été exclue par Brocq et Pautrier. « Chez certaines malades, on retrouve une affection pulmonaire antérieure, une splénopneumonie suivie de crachats hémoptoïques, la coexistence d'un lupus érythémateux des mains, de la face et de la lèvre inférieure, mais dans tous les autres cas la santé générale est parfaite, et rien ne permet de penser à une infiltration tuberculeuse même atténuée. »

Ce fut encore la conclusion de M. Pautrier en 1929.

Nos constatations la confirment. Il n'est trouvé que rarement des lésions tuberculeuses chez les malades atteints de glossite losangique médiaie. Ni les aspects cliniques et histologiques, ni l'évolution de la maladie ne font penser à la tuberculose.

Un instant, Brocq et Pautrier ont pensé au LUPUS ÉRYTHÉMATEUX. « Nous avons eu tendance à les classer aux frontières de la tuberculose et en particulier celles du lupus érythémateux et chaque fois un cas nouveau venait infirmer cette manière de voir. »

La question de la TUBERCULOSE et des TUBERCULIDES a rebondi, en 1930, par une communication de M. Milian. « Il s'agissait d'une glossite losangique médiane de Brocq, c'est-à-dire d'une plaque rouge, scléreuse, de forme à peu près losangique ou ovalaire, siégant au devant du V. lingual. Ce qu'il y avait de particulier dans ce cas, c'est que l'on trouvait sur la plaque trois

ulcérations irrégulières, assez profondes, dont la biopsie nous a montré la structure tuberculeuse : follicule typique avec caséification, cellules épithélioïdes et cellules géantes. Le malade étant d'ailleurs tuberculeux pulmonaire. On voit d'habitude la glossite médiane losangique chez des syphilitiques, mais le traitement anti-syphilitique n'a que rarement raison de cet accident. La complication tuberculeuse que nous montrons aujourd'hui peut nous permettre de penser à une association syphilitico-tuberculeuse, association qui rend compte la difficile curabilité de la maladie. »

« M. Lévy-Frankel a présenté un cas de ce genre, il y a quelques années, à la société. » (Nous n'avons pu retrouver la communication de M. Lévy-Frankel).

A propos de la note de M. Millian, M. Sézary « rappelle que M. Darier rapproche volontiers la glossite médiale losangique du granulome annulaire ».

Le rapprochement ci-contre est une simple hypothèse de travail et la puberculose ulcéreuse, vue par M. Milian chez un tuberculeux pulmonaire, peut s'expliquer par une inoculation en un lieu de moindre résistance.

LES AUTRES INFECTIONS sont-elles en cause ? Les antécédents sont généralement muets et, s'il existe des grandes maladies antérieures ou concomitantes, elles ne font, par leur inconstance, que figure de coexistence. Dans un cas de Pautrier, la glossite a été précédée d'une pharyngite longtemps persistante. L'auteur ne discute pas le rôle de streptocoque ni d'autres microbes. Toute hypothèse ne peut être faite actuellement que dans le vide.

INTOXICATION EXOGÈNE. — Aucun argument ne permet de soupçonner une intoxication locale ou générale. « Certains malades sont des gros fumeurs, mais d'autres, hommes ou femmes, n'ont jamais fumé. » (Brocq et Pautrier).

MALADIES D'ORGANES ET DYSCRASIE. — La plupart des sujets observés étaient des adultes jeunes et bien portants.

Ni l'examen des urines (sucre, albumine), ni l'examen du sang (glucose, cholestérol, urée, et constante d'Ambard), ni l'examen clinique (tension artérielle) ne met en évidence des particularités qui ne soient pas des simples coïncidences, rares et des plus variables.

Aucun syndrome endocrinien ne paraît avoir d'importance.

M. Paul Chevallier s'est demandé si la glossite losangique était plus fréquente chez des sujets qui souffrent du foie, de l'intestin ou de l'estomac.

LE FOIE ne paraît que rarement touché et la plupart des hépatiques ne présentent pas de glossite losangique médiane.

Il en est de même pour l'INTESTIN.

Il est de même aussi pour l'ESTOMAC.

Brocq et Pautrier notent que « Dans un cas, il existe des troubles gastriques prononcés ; dans un autre, une coexistence avec du lichen buccal ou avec un début de leucoplasie commissural. »

L'étude de l'estomac a été particulièrement poussée dans le service de M. Paul Chevallier. Les résultats ont été rapportés au VIII^e Congrès Français de Stomatologie (Paris, 1934). Les résultats ultérieurs ont con-

firmé les premières conclusions. Les cas se divisent en deux catégories : celle où le malade ne présentait aucun trouble et où l'exploration de l'estomac fut faite seulement à cause de la glossite médiane losangique ; et celle où l'estomac fut examiné pour une autre raison que la glossite.

Cas où l'examen fut fait à cause de la glossite médiane losangique. — Nombre : 6.

Age des malades : 23 à 47 ans ; *sexe* : femmes.

Cinq tubages avec injection d'histamine : acide chloridrique libre : minima 2,1, maxima 3 ; acidité totale : minima 2,5, maxima 3,2 ; chlore total : minima 3,1, maxima 4,4. Donc, chiffres normaux moyens.

Quatre gastroscopies. — Estomac normal dans trois cas, une légère gastrite fort banale dans un cas.

Cas où l'examen fut fait pour une autre cause que la glossite losangique médiane. — Nombre relevé : 53. Les affections sont les plus variées. Rétrécissement du rectum (2 cas), troubles dyseptiques très divers, anémie (29 cas), eczéma (nombreux cas), urticaire (1 cas), etc., etc.

Les résultats sont des plus variables. Vingt-trois fois la gastroscopie montra un estomac normal, avec suc gastrique normal ou achlorhydrique (achlorhydrie fonctionnelle de P. Chevallier et Fr. Moutier, assez fréquente, en particulier dans l'eczéma) et, trente fois, la gastroscopie montra des lésions allant à l'ulcère (un cas) à la gastrite pultacée banale, en passant par la gastrite aphtoeide et d'autres altérations.

Nous n'avons trouvé aucun cas de cancer.

La glossite médiane losangique n'a coïncidé que deux

fois avec une gastrite atrophique diffuse. Ce fait est remarquable parce que les études de prédilection de notre maître P. Chevallier l'ont conduit à étudier un certain nombre d'affections où la gastrite atrophique est très fréquente.

L'attention de M. Paul Chevallier a été particulièrement retenue par *le cas où la glossite médiane était très mamelonnée*. Des cinq cas observés, trois ont été étudiés par la gastroscopie. Ces trois cas sont reproduits en couleurs (les langues, d'une part ; l'aspect de l'estomac, d'autre part), dans l'article de M. Paul Chevallier et F. Moutier sur *Langue et Estomac*.

Dans ces trois cas existait une gastrite mamelonnée ; les auteurs ajoutaient ce court commentaire : « Les glossites mamelonnées sont rares, les gastrites mamelonnées sont au contraire d'observation courante.

Ces glossites mamelonnées sont constituées par des grosses papules saillantes, juxtaposées en une plaque située à la partie médiane de la moitié ou du tiers postérieur du dos de la langue en avant du V lingual. Elle se différencie nettement des glossites médianes losangiques qui peuvent être vallonnées, mais pour lesquelles le terme de mamelonnées est impropre. La figure 25 montre une langue exceptionnelle à gros plis verruqueux. Les mamelons sont plus discrets dans les cas 26 et 27. De même, au niveau de l'estomac, les gastrites mamelonnées peuvent s'observer avec (cas 25) ou sans œdème (cas 26) apparent. Ce œdème peut se trouver associé à des lésions fissuraires (cas 25) ».

Ce texte date de 1935. Depuis cette époque, les auteurs n'ont pas eu l'occasion de voir de nouveaux cas.

M. Paul Chevallier est revenu sur son diagnostic. Il croit, aujourd'hui, qu'il s'agit de glossite médiane losangique, *mais exagérément mamelonnée*.

La gastrite mamelonnée n'est pas exceptionnelle.

La plupart du temps, elle ne s'accompagne d'aucune ulcération linguale.

Dans quatre cas de glossite médiane losangique tout à faits banals, il existait une gastrite mamelonnée.

Il n'y a donc pas de rapports constants entre le mamelonnage de la langue et celui de l'estomac. Cependant, on ne peut pas ne pas être frappé par le fait que les trois fois où furent examinés les malades présentant un mamelonnage intense de la glossite médiane, l'estomac était atteint de gastrite mamelonnée intense. M. Moutier décrit d'ailleurs une gastrite mamelonnée atrophique où les mamelons sont lisses et donnent l'impression d'une atrophie glandulaire, sur un infiltrat leucocytaire avec œdème de la muqueuse. On sait que la gastrite mamelonnée est due à une inflammation chronique d'apparence banale et qu'elle est très rebelle. A ce point de vue, elle se rapproche de la glossite médiane losangique. Les trois malades étaient des dyspeptiques soignés depuis longtemps, hyperchloridriques avec dyspepsie habituellement importante et crises de douleurs vives à l'occasion d'imprudences alimentaires.

En l'état actuel de nos connaissances, on ne saurait tirer de ces faits une conclusion précise ; l'impression est que, dans certains cas, il existe un processus inflammatoire chronique qui peut atteindre différents seg-

ments du tube digestif et qu'il est possible que la glossite médiane losangique soit l'équivalent à la langue de certaines gastrites chroniques, qui, comme on le sait, sont souvent elles-mêmes localisées à certaines régions de l'estomac.

L'origine de ces faits étant parfaitement inconnue et de nombreuses théories ayant été soutenues sans qu'aucune soit actuellement préférable aux autres, ce rapprochement ne saurait contribuer à éclairer le problème de la glossite médiane losangique. Cependant, la coïncidence dans trois cas (les seuls ayant été examinés) d'une gastrite mamelonnée intense avec une glossite losangique exagérément mamelonnée est un fait de première importance et il sera capital que des examens ultérieurs précisent la fréquence de cette association et en cherchent l'explication.

Nous avons recherché si le PORT D'UN DENTIER pourrait expliquer la glossite losangique médiane. Il est très net que ni la carie dentaire intense, ni l'édentation ne coïncident habituellement avec la glossite. Dans un cas déjà publié par M. Chevallier, la digestion était normale malgré une édentation totale. La malade, âgée de 40 ans, avait de l'hypochlorhydrie histaminique. Mais des faits semblables sont rares dans les dossiers que nous avons étudiés.

Etant donné le nombre très grand des ANÉMIES qui se présentent à la consultation du docteur Chevallier, à l'Hôpital Cochin, il serait extraordinaire qu'aucune glossite losangique médiane ne fût trouvée chez des anémiés. Nous en avons trouvé seulement 29, et il s'a-

gissait toujours l'anémies modérées dont la cause était connue (anémies secondaires).

Ni les Biermeriens, ni les chlorotiques, ni les leucémiques graves n'ont présenté de glossite médiane losangique.

Lorsque l'anémie existe, elle est du type normochrome ou du type modérément hypochrome. Dans un cas seulement l'anémie fut hyperchrome.

Mlle Al. ROB, 37 ans, bon aspect général, digestion normale, rétrécissement poradénique du rectum, ignoré de la malade jusqu'à l'examen complet, glossite losangique légère ; suc gastrique d'histamine : Hcl. 2,3, acidité totale 2,6, chlore total 4,4 ; globules rouges 3.608.000 — hgl. 70 — vgl 1,16.

Deux malades atteints de glossite ont été soumis au traitement ferrugineux massif et prolongé ; la glossite n'a subi aucune modification.

En règle, le NOMBRE DES LEUCOCYTES et la FORMULE LEUCOCYTAIRE sont normaux. L'éosinophilie varie de 1 à 2 % ; cependant, les chiffres de 3 et 3,5 ne sont pas exceptionnels (une trentaine de cas) ; les fortes éosinophilies (7, 13 et 18) sont exceptionnelles.

Les VERS INTESTINAUX n'ont pas été recherchés de façon systématique mais chez les patients où l'anémie les a fait rechercher, il ne s'est trouvé qu'un cas de coexistence avec une glossite losangique existante.

TROUBLES HORMONAUX ET AVITAMINOSES. — Notre Maître nous a dit avoir été séduit par l'hypothèse qu'une avitaminose larvée causât la glossite médiane losangique. Il n'a pu obtenir des malades simples qu'ils

se soumettent à un traitement prolongé. Chez quelques sujets soignés pour d'autres raisons, il a eu parfois l'impression que la glossite esquissait une légère amélioration. Il pense que la question n'est pas épuisée et qu'elle mérite des nouvelles recherches.

En résumé, les observations que nous avons compulsées démontrent qu'il convient, avec les classiques, d'exclure une origine infectieuse spécifique (syphilis, tuberculose, etc.). Elles démontrent aussi qu'aucune maladie d'organe ne doit être incriminée, en particulier aucune maladie de l'estomac, ni aucune maladie du sang.

Elle réserve l'estomac, aussi bien que la question d'une infection locale indéterminée, celle d'un trouble hormonal et surtout celle d'une carence larvée. En l'état actuel de nos connaissances, notre conclusion ne peut qu'être identique à celle de Brocq et Pautrier, en 1914 : « Voici donc une lésion très typique et très spéciale dans son aspect, constante dans ses caractères cliniques, mais dont nous ignorons totalement la pathogénie et la nature réelles. »

VII

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est évident : « Quiconque a vu une fois la lésion en fera d'emblée le diagnostic, son siège et son aspect lui donnant une physionomie tout à fait spéciale » (Brocq et Pautrier). Il est un certain nombre d'affections qu'il suffira de citer pour les éliminer, tant sont notoires les différences d'aspect, telles sont : l'épithélioma, le chancre induré, la gomme syphilitique, l'ulcération tuberculeuse, l'ulcération traumatique, la langue scrotale.

D'autres peuvent impressionner un observateur mal averti. A vrai dire, si Brocq et Pautrier ne s'étaient pas donné la peine d'en préciser le diagnostic, nous ne parlerions pas de la plupart.

LA SYPHILIS. « Celles qui offriraient le plus d'analogie avec la lésion que nous étudions sont peut-être les plaques syphilitiques secondaires lisses ou plaques en prairie fauchée ; elles siègent souvent sur la face dorsale de la langue ; elles peuvent être petites, arrondies ou ovalaires, ou occuper des vastes surfaces. La muqueuse à leur niveau est lisse, desquamée ; leur couleur est rosée ou rouge vif. Mais il serait tout à fait exceptionnel qu'il existât une seule plaque, précisément sur la face dorsale de la langue, et précisément

encore juste en avant de V lingual. En outre, il existe des différences d'aspect : dans les plaques lisses fauchées de la syphilis, la muqueuse est simplement desquamée ; elle a conservé sa souplesse, elle ne présente aucun aspect de sclérose légère, aucune saillie mamelonnée. Mais il y a encore un autre fait plus important : les plaques fauchées, en aires de la syphilis ont une évolution assez rapide : elles sont, de plus, sensibles au traitement ; notre lésion a une marche chronique, elle dure des mois et des années, elle paraît rebelle à la thérapeutique. »

« Les plaques muqueuses sont arrondies, ovalaires ou irrégulières, de couleur gris cendre, opalines ou rosées, quelquefois exulcérées, presque toujours sensibles ou le siège d'une certaine gêne. Ici, encore, il s'agit d'accidents en général multiples à évolution rapide, d'aspect clinique différent, s'accompagnant d'autres lésions sur les différents points de la muqueuse bucale et sur le corps, très sensibles à l'action du traitement. »

La glossite losangique médiane ne ressemble en rien à un accident syphilitique classique, de quelque date qu'il soit et si l'on a discuté l'origine syphilitique, il a d'abord été bien entendu qu'il n'aurait pu s'agir que d'une syphilis tout à fait particulière.

Il y a cependant une exception sur laquelle nous allons dire un mot un peu plus loin.

LES GLOSSITES DESQUAMANTES

La glossite exfoliative marginée « est essentiellement caractérisée par des circinations composées d'un relief blanchâtre, d'un à deux millimètres de large, à l'intérieur duquel la muqueuse est rosée, lisse, plus ou moins

desquamée. Il s'agit de lésions aberrantes évoluant rapidement vers la guérison sur un point, pour se reformer plus loin et cela souvent pendant un temps fort long. » (Brocq et Pautrier).

La glossite desquamante non marginée apparaît par aires de taille variable ; les grandes plaques ne sont jamais ni exclusivement médianes, ni fixes. Bien au contraire, elles changent d'aspect d'une semaine à l'autre.

La glossite triangulaire postérieure de P. Chevallier se caractérise par des petites aires de desquamation, arrondies ou allongées au sein d'une muqueuse un peu engorgée et blanchâtre ; elle occupe de tiers postérieur de la langue, s'avancant en triangle en partant du V lingual ; elle varie vite et coïncide avec un embarras gastrique important ou larvé.

LE LICHEN PLAN BUCAL

« Le lichen plan bucal débute par des tâches blanchâtres, de la dimension d'un pois en moyenne, rappelant l'aspect donné par une cautérisation légère au nitrate d'argent ; ultérieurement il se développe des stries blanchâtres, rappelant parfois la disparition des dents d'un peigne ou parfois celle d'une feuille de fougère. Il est certainement impossible de confondre les deux états morbides » (Brocq et Pautrier).

TUBERCULOSE ET TUBERCULIDES

Dans son travail iconographique des maladies de la peau, Brocq signale la glossite médiane losangique à propos du lupus de la langue ; il n'est pas utile de l'imi-

ter. La question de la tuberculose est une affaire de pathogénie et non de clinique.

LES GLOSSITES LISSES

Brocq et Pautrier écrivent seulement : « La glossite dite des arthritiques nerveux a un aspect différent ; la langue est rouge, parfois tuméfiée, desquamée et comme vernissée et est prise dans sa totalité. »

Depuis des années, notre maître, M. Paul Chevalier, s'est attaché à préciser la clinique et la pathogénie des langues lisses.

Il convient d'abord de distinguer deux sortes de langues :

1° Les langues qui paraissent lisses au regard et que le doigt, passé délicatement sur la surface, montrent veloutées. Les langues de cette catégorie peuvent représenter un stade de début, ou un stade d'évolution vers la guérison des langues véritablement lisses, mais elles succèdent aussi comme troubles passagers à différentes atteintes de l'organisme, et il convient d'être prudent pour les interpréter lorsqu'on n'a pas suivi le malade.

Elles ne ressemblent en rien à la glossite médiane losangique, elles ne s'accompagnent d'aucune modification de consistance, elles occupent tout le dos de la langue, ou au moins ses deux tiers antérieurs.

2° Les langues lisses stricto sensu, qui paraissent lisses non seulement à la vue, mais encore au toucher. Presque toujours, elles semblent comme vernies et le doigt qui les parcourt a l'impression de glisser sur de la porcelaine ou une surface parfaitement lisse. Ces langues sont essentiellement celles des grandes anémies, en particulier celles de la maladie de Biermer.

M. Chevallier a montré que la langue lisse du dentier et la langue lisse du vieillard ne sont que des langues anémiques. Il a aussi montré que le trouble trophique de la langue et les modifications du sang ne sont pas parallèles, et que la langue lisse peut être un signe précieux d'une anémie gravissime larvée et même (le fait est tout à fait exceptionnel) de ce qu'il a appelé du métanémie (c'est-à-dire d'une maladie se caractérisant typiquement par une anémie, mais où actuellement manquent les stigmates médullo-sanguins).

Ces langues ne ressemblent en rien à une glossite losangique médiane. La dystrophie est toujours diffuse. Même dans les cas les plus légers, toute la moitié antérieure du dos de la langue est privée de papilles. Jamais la lésion ne forme une plaque précise, jamais elle n'est ni médiane, ni losangique. En outre, un bon traitement antianémique (extrait de foie à haute dose chez les biermériers, cas habituel ; fer à dose massive dans la chlorose, etc.), provoque une régression rapide de la lésion linguale.

Une autre glossite lisse doit être encore discutée, c'est la très rare *glossite syphilitique tertiaire* que M. Chevallier appelle pseudo-biermérienne. La langue est lisse, brillante, vernissée, mais d'emblée l'attention est attirée par certaines particularités. Les différences de teintes sont importantes ; ici la couleur est rouge, là elle est blanchâtre par hyperkératose, début de leucoplasie. Le palper montre un certain degré de cartonnage qui n'existe jamais dans les langues anémiques. Cette glossite n'a jamais encore été vue que diffuse à tout ou presque tout le dos de la langue ; elle ne s'ob-

serve que chez les vieux syphilitiques. M. Chevallier, qui n'en a observé que quelques cas, l'a toujours vue associée à des troubles organiques tels que le diabète, l'artériosclérose, etc. Elle lui semble relever de l'association de la syphilis et d'un facteur dyscrasique. Il estime qu'elle peut être une cause d'erreur dans le diagnostic des langues anémiques, mais dit qu'en leur présence on ne pense jamais à une glossite de Brocq ou Pautrier.

VII

PRONOSTIC

Le pronostic est excellent. La maladie ne constitue pas même une gêne. Elle prédispose à aucune affection. Jamais, en particulier, elle n'a été un point d'appel pour le cancer.

TRAITEMENT

Il n'existe pas de traitement connu. Il convient d'ailleurs de noter que la lésion est si bien supportée et si bénigne qu'il ne viendrait à l'idée de personne de prescrire des cures offensantes ou pénibles.

Lorsqu'un malade a été soigné pour une autre maladie, la syphilis, la tuberculose, une hépatite, une maladie de l'estomac, un eczéma, un prurigo, une anémie, etc., aucun des traitements suivis n'a jamais modifié la glossite. Les thérapeutiques vitaminiques n'ont pas été essayés assez longtemps pour pouvoir être jugés.

Les traitements locaux n'ont rien donné à Brocq et Pautrier qui citent le badigeonnage au bleu de méthylène, en solution de 1 pour 200, 1 pour cent, 1 pour dix, et les attouchements à la solution iodo-iodurée. « L'électrolyse négative avait paru donner de bons résultats dans un cas ; ces résultats disparurent rapidement à la première période de repos. »

CONCLUSIONS

1° La glossite médiane losangique de Brocq et Pautrier est une maladie très caractérisée et de diagnostic facile. Elle est rebelle et l'on ne connaît pas de traitement qui la guérisse.

2° Les origines syphilitique et tuberculeuses ont été discutées. La théorie vitaminique est à l'étude. Nous rapportons les résultats d'examens gastriques qui ne permettent pas de faire dépendre la glossite d'une gastropathie.

3° Cependant la forme exagérément mamelonnée, très rare et très spéciale s'est accompagnée, dans les cas examinés, d'une gastrite mamelonnée. Cette association suggère un rapprochement entre certaines gastrites et la glossite médiane losangique, qui paraît indépendante, mais de même nature.

Vu : *Le Doyen*,
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président de la thèse*,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

BROCQ ET PAUTRIER. — Glossite losangique médiane de la face dorsale de la langue. Annales de Dermat. et Syphilis, janvier 1914, pp. 1-19.

DUBREUILH. — Deux cas de glossite losangique médiane. Annales de Dermatologie et Syphilis, Paris. Nov. 1914, p. 65.

MILIAN. — Glossite en médaillon losangique tuberculeuse. Soc. Fr. de Dermat. 16 janvier 1930. C. R. XXXVII, p. 90.

PAUTRIER. — Glossite losangique médiane de la face dorsale de la langue. Soc. Fr. de Dermat. de Strasbourg, 10 nov. 1929. CR. 1929, pp. 1152-1154.

PAUL CHEVALLIER F. MOUTIER, W. STEWART ET Z. ELY. — L'examen de l'estomac et la cure de fer dans les glossites dorsales. Soc. Fr. de Dermat., nov. 1934. CR. 194, pp. 1736.

PAUL CHEVALLIER ET FR. MOUTIER. — Langue et estomac. La Presse Médicale, 16 nov. 1935, pp. 1801-1804.

PAUL CHEVALLIER. — La muqueuse buccale dans les maladies du sang. VIII^e Congrès Français de Stomatologie, 8 oct. 1934, pp. 57-74.

PAUL CHEVALLIER ET FR. MOUTIER. — L'estomac dans les maladies de la peau. Soc. de pathol. comparés, 8 oct. 1935. Revue de pathol. comparée, nov. 1935, pp. 1325-1332.

CANNON. — Glossitis rhombica mediana. Archives of Dermat. a Syphilis. March 1936, p. g. 584.

GORDON. — Glossitis rhombica mediana. Proceed. R. Soc. Méd. 29, n° 8, juin 1936, p. 925.

JOHN A. FORDYCE AND A. B. CANNON, New York. — A hitherto undescribed condition of the tongue. Archives of Dermat. a Syphil., April 1923, pp.

HALLAN. — A case of glossitis rhombica mediana. British Journ. Dermat. a Syph., 49, XI, 3 mars 1936, p. 143.

POLLIZER. — Glossitis rhombica mediana. Arch. of Derm. a Syph. Juillet 1924, p. 69.

L. ZIMMERMANN. — Über die Glossitis Rhombica mediana. Dermatolog. Zeitschrift. Band LIV, fasc. 3, 3 sept. 1928, p. 168.

HABERMANN. — Glossitis rhombica mediana. Dermat. Wochenschrift LXXXVII, n° 49, 8 déc. 1928, p. 18.

DE LA MÉDECINE DE PARIS

1821

Université de Paris

LIBRAIRIE

1821

Université de Paris

LIBRAIRIE

1821